

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения Российской Федерации
ГБОУ ВПО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России

Кафедра внутренних болезней №2 с курсом ПО

Реферат

ТЕМА: «Острый и хронический бронхит»

Выполнила: Ординатор 2-го года

Горчилова Е.Г.

Проверила: Заведующий кафедрой
внутренних болезней №2 с курсом ПО

д.м.н., проф. Демко И.В.

Содержание реферата

Ведение

1. Острый бронхит, краткая характеристика

1.1 Классификация острого бронхита

1.2 Патогенез острого бронхита

1.3 Клиника острого бронхита и дифференциальная диагностика

1.4 Лечение острого бронхита

2.1. Хронический бронхит, краткая характеристика

2.2 Этиология и патогенез хронического бронхита

2.3. Классификация хронического бронхита

2.4. Клиника хронического бронхита

2.5 Методы обследования хронического бронхита

2.6 Течение и прогноз

2.7 Лечение хронического бронхита

Заключение

Используемая литература

Введение:

Среди многочисленных причин заболеваемости и смертности населения болезни органов дыхания приобрели чрезвычайно актуальное значение.

В России, как и в других странах мира, наблюдается тенденция к росту числа больных с болезнями органов дыхания, при этом, по данным Института пульмонологии, их количество ежегодно увеличивается на 5-7%

Что касается бронхита, то он является одной из самых распространенных причин обращения за амбулаторной помощью.

При постановке диагноза острого или хронического бронхита больше половины пациентов продолжают нормально жить с периодической необходимостью пользоваться симптоматическими противокашлевыми и отхаркивающими препаратами. Еще около четверти тяжелее переносят острые вспышки болезни, поскольку к ней присоединяется сопутствующая инфекция. А у незначительной части больных наблюдается развитие легочного недуга в течение 5-10 лет.

Данное заболевание может развиваться у человека даже без видимых причин. Во избежание этого, достаточно периодически проводить профилактику простудных заболеваний укреплением иммунитета.

1. Острый бронхит, краткая характеристика.

Статистика свидетельствует, что острый бронхит чаще всего отмечается у мужчин в возрасте до 40 лет (Утешев Д.Б., 2010). Заболевание поражает приблизительно 5% взрослого населения ежегодно, причем 82% случаев происходят в зимнее и осеннее время. В США острый бронхит является 9-й, а в Австралии — 5-й наиболее распространенной причиной обращения пациентов к врачам общей практики (Stocks N.P. et al., 2004; Wenzel R.P., Fowler A.A., 2006). В то же время за последнее десятилетие распространенность острого бронхита в странах Западной Европы снизилась более чем в 2 раза (примерно с 50 до 22 случаев на 1000 человек в год). Данное наблюдение связывают с улучшением выявления врачами общей практики бронхиальной астмы и хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ), а также с наметившейся тенденцией к более редкому обращению пациентов за врачебной помощью по поводу инфекций дыхательных путей (Березняков И.Г., 2008).

Согласно рекомендациям АССР большинство пациентов с острым бронхитом являются в других отношениях здоровыми и рассматриваются как имеющие неосложненный острый бронхит. Иммунокомпрометированные пациенты (химиотерапия, СПИД), пациенты с заболеваниями легких (ХОБЛ или бронхоэктатическая болезнь), застойной сердечной недостаточностью рассматриваются как группа высокого риска возникновения осложнений острого бронхита (Braman S.S., 2006).

Бронхит – воспалительный процесс в бронхах в отсутствие инфильтративных изменений в паренхиме легких (инфильтративных или очаговых теней на рентгенограмме).

Бронхит характеризуется диффузным характером процесса; при преобладании изменений трахеи говорят о трахеобронхите.

Бронхит нередко сопутствует пневмонии, в диагноз его выносят, если его симптомы (обилие мокроты) дополняют картину болезни (малоупотребимый сейчас термин «бронхопневмония»).

Острый бронхит является очень распространенным заболеванием, составляя 1.5% всех заболеваний и 34.5% болезней органов дыхания.

Острый бронхит (ОБ) — преимущественно инфекционного происхождения воспалительное заболевание бронхов, проявляющееся кашлем (сухим или с выделением мокроты) и продолжающееся не более 3 недель

МКБ-10: J20 Острый бронхит.

Аббревиатура: ОБ — острый бронхит.

1.1 Классификация острого бронхита

Общепринятой классификации не существует. По аналогии с другими острыми заболеваниями органов дыхания можно выделять этиологический и функциональный.

Этиология (табл. 1). Ведущим фактором возникновения бронхита является вирусная инфекция и бактериальная инфекция. Нередко к вирусной инфекции вследствие снижения сопротивляемости организма присоединяется вторичная бактериальная инфекция, вызываемая стрептококками, стафилококками и условно патогенной микрофлорой верхних дыхательных путей. К предрасполагающим факторам, способствующим возникновению острого бронхита, следует отнести переохлаждение, прием алкоголя и курение.

Способствует возникновению бронхита и наличие очаговой инфекции – синусита, тонзиллита, а также нарушение носового дыхания, которое приводит к недостаточному согреванию вдыхаемого воздуха и плохому очищению его от пыли и микроорганизмов.

Увеличение частоты острых бронхитов происходит при ослаблении реактивности организма в результате перенесенных тяжелых заболеваний, операций, а также при нерациональном, бедном витаминами и белками питанием. Одним из дополнительных факторов, способствующих возникновению бронхита, является сенсibilизация организма бактериальными антигенами.

Кроме того, причиной развития острого бронхита в некоторых случаях может быть вдыхание токсических веществ: паров кислот и щелочей, ядовитых газов, раздражающей бронхи пыли, а также воздействие переохлажденного или горячего воздуха.

Острые бронхиты также могут возникать вторично, т.е. на фоне острых инфекционных заболеваний (корь, коклюш, брюшной тиф, и др.) либо на фоне острых нарушений кровообращения и обмена веществ (уремия, желтуха и т.д.).

Таблица 1. Этиология острого бронхита

Возбудители	Характерные черты
Вирус гриппа А	Крупные эпидемии 1 раз в 3 года, затрагивающие целые страны; наиболее частая причина истинно выраженного гриппа; тяжёлое течение заболевания и высокая смертность во время эпидемий
Вирус гриппа В	Эпидемии 1 раз в 5 лет, пандемии реже и с более тяжёлым течением, чем при инфекции вирусом гриппа А
Парагрипп (типы 1–3)	Изолированные случаи, эпидемиологически не связанные между собой
Аденовирусы	Изолированные случаи, эпидемиологически не связанные между собой
Пневмококки	У людей среднего возраста или у пожилых Неожиданное начало Признаки поражения верхних дыхательных путей
Микоплазмы	У людей старше 30 лет Признаки поражения верхних дыхательных путей на ранних стадиях Сухой кашель
<i>Bordetella pertussis</i>	Длительный кашель

<i>Haemophilus influenzae</i>	Курящие и больные хроническим хитом
<i>Moraxella catarrhalis</i>	Хронический бронхит и лица с унодефицитом

Функциональная классификация ОБ, учитывающая тяжесть болезни, не разработана, поскольку неосложнённый ОБ обычно протекает стереотипно и не требует разграничения в виде классификации по степени тяжести.

1.2 Патогенез острого бронхита

При остром бронхите различают две стадии развития заболевания.

Первая фаза носит название реактивно-гиперемической или нервно-рефлекторной. Во время этой фазы в результате воздействия патогенных факторов рефлекторно возникают патологические сосудистые рефлексы, которые приводят к нарушениям кровообращения в стенке бронха и развитию активной венозной гиперемии его слизистой оболочки. Вследствие венозного стаза увеличивается выделение слизи, снижается барьерная роль реснитчатого эпителия, нарушается моторная и эвакуаторная функция бронхов.

Вторая фаза развития острого бронхита – инфекционная, обусловлена воздействием патогенных микроорганизмов.

1.3 Клиника острого бронхита

Частота клинических признаков острого бронхита у взрослых больных.

Р.С. Исходя из жалоб и анамнеза

1. Кашель 92 %
2. Выделение мокроты 62 %
3. Ринорея 50 %
4. Боль в горле 50 %
5. Слабость 48 %
6. Головная боль 46 %
7. Затекание слизи из носа в верхние дыхательные пути 42 %
8. Одышка 42 %
9. Озноб 38 %
10. Свистящее дыхание 35 %
11. Гнойное выделение из носа 33 %
12. Мышечные боли 32 %
13. Лихорадка 30 %
14. Потливость 29 %
15. Боль в придаточных пазухах носа 28 %
16. Болезненное дыхание 17 %
17. Боли в грудной клетке 17 %
18. Затруднения глотания 14 %
19. Припухлость глотки 9 %

При физикальном обследовании

20. Покраснение глотки 45 %
21. Шейная лимфаденопатия 19 %
22. Дистанционные хрипы 18 %
23. Хрипы 17 %
24. Чувствительность синусов при пальпации 16 %
25. Гнойные выделения из носа 15 %
26. Заложенность ушей 15 %
27. Припухлость миндалин 11 %
28. Температура тела $>37,8^{\circ}\text{C}$ 9 %
29. Удлиненный выдох 9 %
30. Ослабление дыхательных звуков 7 %
31. Влажные хрипы 5 %
32. Припухлость миндалин 3 %

Диагноз «острый бронхит» выставляют при наличии остро возникшего кашля, продолжающегося не более 3 недели (вне зависимости от наличия мокроты), при отсутствии признаков пневмонии и хронических заболеваний лёгких, которые могут быть причиной кашля.

■ Диагноз основывается на клинической картине, диагноз ставят методом исключения.

■ Причина клинического синдрома ОБ — различные инфекционные агенты (в первую очередь вирусы). Эти же агенты могут вызывать и другие клинические синдромы, возникающие одновременно с ОБ.

Выше приведены сводные данные, характеризующие основные симптомы у больных ОБ.

■ Приведенные выше многообразные клинические симптомы ОБ предполагают необходимость тщательного проведения дифференциальной диагностики кашляющих больных.

Дифференциальный диагноз острого бронхита

ДИАГНОЗ или ина заболевания	В пользу диагноза
<i>Острый бронхит</i>	- Кашель без учащения дыхания - Насморк, заложенность носа - Повышение температуры, лихорадка
<i>Пневмония</i>	- Лихорадка - Аускультативные признаки – ослабленное дыхание, влажные ы - кашель с мокротой - лейкоцитоз - на рентгенограмме- очаговый легочный процесс
<i>Стенозирующий ларинготрахеит (ложный круп)</i>	- Лающий кашель - Дыхательная недостаточность - Осиплый голос - Если вследствие кори - признаки кори
<i>Коклюш</i>	- Пароксизмальный кашель, сопровождающийся характерным рожным свистящим вдохом, рвотой, цианозом или апноэ

	- Хорошее самочувствие между приступами кашля - Отсутствие лихорадки - Отсутствие вакцинации АКДС в анамнезе
<i>Обструктивный бронхит</i>	- В анамнезе астмоидное дыхание было связано только простудой - Отсутствие астмы/экземы/поллиноза у членов семьи - Удлиненный выдох - Аускультативно – сухие хрипы, ослабленное дыхание (если не выражено – исключить непроходимость дыхательных путей) - Хорошая реакция на бронхолитики - Проявления обычно менее выражены, чем при астме
<i>Бронхиальная астма</i>	- В анамнезе БА у ближайших родственников - Приступообразность и волнообразность симптоматики. - Реакция от В2-агонистов (Независимо от наличия или отсутствия свистящего дыхания, у больных бронхиальной астмой при нарушении функции внешнего дыхания обнаруживается обратимая бронхиальная обструкция в тестах с В2-агонистами или в тесте с холином (Однако в 33% тесты с В2-агонистами и в 22% — с холином могут быть ложноположительными)) - Аускультативно -наблюдаются эпизоды свистящего дыхания.
<i>Гастроэзофагальный рефлюкс</i>	Кашель после обильной еды, в положении лёжа, уменьшающийся изменением положения тела
<i>Хронические синуситы</i>	Затекание слизи в дыхательные пути. Дискомфорт в области придаточных пазух

1.4 Лечение

Цели лечения

- Облегчение тяжести кашля.
- Снижение его продолжительности.
- Возвращение к трудовой деятельности.

Показания к госпитализации. Госпитализация при ОБ не показана, но при развитии осложнений (пневмония, обструктивный синдром), нарастание интоксикации, появление дыхательной недостаточности, не снижение температуры тела более 3-х дней пациент госпитализируется.

Немедикаментозное лечение

- Режим, диета, физиотерапевтическое лечение.
- Облегчение выделения мокроты
- ✧ Инструктировать пациента о необходимости поддержания адекватной гидратации

✧ Инструктировать пациента о пользе увлажнённого воздуха (особенно в засушливом климате и зимой в любом климате), так как снижение гидратации ведёт к повышению вязкости бронхиальной слизи и нарушает её отхаркивание. Облегчение отхаркивания может уменьшить тяжесть кашля и его продолжительность.

■ Обратит внимание на необходимость устранения воздействия на больного факторов окружающей среды, вызывающих кашель (дым, пыль).

Медикаментозное лечение

■ **ЛС, подавляющие кашель** (декстрометорфан, кодеин, тусупрекс) могут быть применены лишь в случаях изнуряющего кашля.

■ **Бронходилататоры** при изнуряющем кашле. Обосновано назначение сальбутамола в виде дозирующего индивидуального ингалятора в случаях, когда классические методы не облегчают изнуряющего кашля. Особенно при признаках бронхиальной гиперреактивности (дистанционные хрипы).

■ **Муколитические средства** - при наличии мокроты (амброксол, карбоцистеин, ацетилцистеин).

■ **Антибиотикотерапия** не рекомендована при неосложнённом ОБ.

Острый бронхит — одна из наиболее частых причин злоупотребления антибиотиками. Обоснование: большинство ОБ имеет вирусную этиологию. Противовирусная терапия (амантадин, римантадин, рибавирин, тамифлю, реленза, ингаверин, арбидол).

Антибиотикотерапия показана при явных признаках бактериального поражения бронхов (выделение гнойной мокроты и увеличение её количества, возникновение или нарастание одышки и нарастание признаков интоксикации- перорально амоксициллин 0,5-1 г каждые 8 ч., цефуроксим ацетил 0,5 г каждые 12 ч., кларитромицин 0,5 г каждые 12 ч., азитромицин 0.5 г 1 раз в сутки, в течение 3 дней).

Для лечения и профилактики возникновения микоза при длительной массивной антибиотикотерапии - итраконазол оральный раствор по 200 мг 2 р.\сут., в течение 7 дней.

При стойком и длительном повышении температуры тела - исследование гемокультуры на бактериемию на высоте лихорадки с определением чувствительности флоры к антибиотикам.

Индикаторы эффективности лечения: ликвидация интоксикации, головной боли, улучшение самочувствия, нормализация аппетита и температуры тела; выздоровление и отсутствие осложнений.

Хирургическое лечение не показано.

Обучение пациента

■ Информировать пациента о профилактике ОБ .

■ Информировать пациентов с «острым кашлем» о показаниях к обращению за медицинской помощью: температура тела более 37,8 °С , сыпь на теле, постоянная боль в придаточных пазухах, ушах, зубная боль, затруднения глотания, одышка, боли, сдавление в груди или свистящее дыхание, кровохаркание или продолжительность кашля более 3 недель.

■ Информировать пациентов о мерах самопомощи при «остром кашле».

■ Охранительный режим для ускорения выздоровления.

■ Проинструктировать о необходимости избегать контактов с факторами, вызывающими кашель, обильного питья, увлажнения воздуха, употребления сиропов, содержащих декстрометорфан, для подавления кашля.

■ Курильщикам — прекратить курение.

■ Информировать пациентов, что антибиотикотерапия вирусной респираторной инфекции не эффективна. Разъяснить, что антибиотикотерапия при её сомнительном лечебном результате может способствовать формированию антибиотикорезистентных штаммов пневмококков и других микроорганизмов.

Показания к консультации специалиста

Продолжение кашля при стандартной эмпирической терапии ОБ, предполагающее другие причины длительного кашля. Так, синуситы, бронхиальная астма и гастроэзофагеальный рефлюкс — причина длительного кашля (> 3 нед) у более чем 85% больных при нормальной рентгенограмме.

■ Консультация с пульмонологом для установления возможности реактивации хронической болезни лёгких.

■ Консультация с гастроэнтерологом для исключения гастроэзофагеального рефлюкса.

■ Консультация с ЛОР-специалистом для исключения ЛОР-патологии, как причины затяжного кашля.

Дальнейшее ведение

Обычно кашель, связанный с острым неосложнённым бронхитом, прекращается в течение 4–8 нед.

Прогноз. При неосложнённом ОБ прогноз благоприятный. При осложнённом ОБ — зависит от характера осложнения и относится к другой категории болезней.

2.1. Хронический необструктивный бронхит

Хронический не обструктивный бронхит - (ХНБ) характеризуется диффузным воспалением слизистой оболочки преимущественно крупных и средних бронхов, сопровождающимся гиперплазией бронхиальных желез, гиперсекрецией слизи, увеличением вязкости мокроты (дискринией) и нарушением очистительной и защитной функции бронхов. Заболевание проявляется кашлем с отделением слизисто-гнойной мокроты

МКБ-10: J41

Принято считать, что хронический бронхит, в отличие от острого, следует диагностировать в тех случаях, когда его основные клинические проявления (кашель и отделение мокроты) сохраняются, по крайней мере, 3 месяца в году не менее 2-х лет подряд.

2.2. Этиология и патогенез ХНБ

Распространенность ХНБ среди взрослого населения достаточно велика и достигает 7,3-21,8%. Мужчины составляют более 2/3 от общего числа больных ХНБ. Наибольшей распространенности ХНБ достигает в возрасте 50-59 лет у мужчин и 40-49 лет — у женщин.

Неизлеченный острый затяжной и рецидивирующий бронхит может послужить причиной развития в дальнейшем хронического бронхита, особенно у предрасположенных к нему лиц и при наличии способствующих факторов.

Факторы, предрасполагающие к развитию хронического бронхита

В возникновении хронического необструктивного бронхита имеют значение не столько факторов, главным из которых, по-видимому, является вдыхание табачного дыма (*активное и пассивное курение*). Среди больных ХНБ примерно 80-90% — активные курильщики. Причем имеют значение количество выкуриваемых за день сигарет и общая продолжительность курения. Считается, что наибольшим раздражающим воздействием на слизистую обладает курение сигарет, и в меньшей степени — трубки или сигар. Постоянное раздражение слизистой бронхов табачным дымом приводит к перестройке секреторного аппарата, гиперкрипии и повышению вязкости бронхиального секрета, а также к повреждению реснитчатого эпителия слизистой, в результате чего нарушаются мукоцилиарный транспорт, очистительная и защитная функции бронхов, что способствует развитию хронического воспаления слизистой. *Таким образом, курение табака снижает естественную резистентность слизистой оболочки и облегчает патогенное действие вирусно-бактериальной инфекции.*

Второй по значимости фактор риска ХНБ — длительное воздействие на слизистую бронхов летучих веществ (*поллютантов*), относящихся к промышленным и бытовым загрязнителям воздуха (кремний, кадмий, NO₂, SO₂ и др.). Реализация этих вредных факторов также зависит от продолжительности патогенного воздействия на слизистую, т.е. от производственного стажа или длительности проживания в неблагоприятных условиях.

Третьим фактором, способствующим возникновению и поддержанию хронического воспаления слизистой оболочки бронхов, является вирусно-бактериальная инфекция воздухоносных путей: повторные острые трахеобронхиты, ОРВИ, пневмонии и другие бронхолегочные инфекции

Наиболее часто заболевание вызывают:

-респираторные вирусы (респираторно-синцитиальный вирус, вирусы гриппа, аденовирусы и др.);

-пневмококк;

-гемофильная палочка;

-моракселла;

- микоплазма;

-хламидии и др.

Для курильщиков наиболее характерна ассоциация гемофильной палочки и моракселлы.

Особое значение имеет вирусная инфекция. Повторное воздействие респираторных вирусов на эпителий слизистой оболочки бронхов приводит к очаговой дистрофии и гибели реснитчатых клеток. В результате на слизистой оболочке бронхов образуются участки, не содержащие мерцательного эпителия (так называемые «лысые пятна»). Именно в этих местах прерывается движение бронхиального секрета в сторону ротоглотки, скапливается бронхиальный секрет и возникает возможность адгезии условно-патогенных микроорганизмов (пневмококков, гемофильной палочки, моракселлы и др.) к поврежденным участкам слизистой. Таким образом, вирусная инфекция практически всегда способствует бактериальной суперинфекции.

Обсеменение слизистой бронхов микроорганизмами, в целом обладающими сравнительно невысокой вирулентностью, приводит, тем не менее, к формированию каскада гуморальных и клеточных факторов, инициирующих и поддерживающих хроническое воспаление слизистой

В результате в слизистой крупных и средних бронхов формируется диффузный воспалительный процесс (эндобронхит). При этом толщина стенок бронхов становится не равномерной: участки гипертрофии слизистой перемежаются с участками ее атрофии. Слизистая бронхов отекает, в просвете бронхов накапливается умеренное количество слизистой, слизисто-гнойной или гнойной мокроты. В большинстве случаев отмечается увеличение трахеобронхиальных и бронхопульмональных лимфатических узлов. Перибронхиальная ткань уплотнена, а в ряде случаев теряет воздушность

Изменения бронхов при простом (необструктивном) бронхите отличаются следующими особенностями:

- преимущественным поражением крупных и средних бронхов; .

- в большинстве случаев относительно невысокой активностью воспалительного процесса в слизистой бронхов;

- отсутствием значимых бронхообструктивных нарушений.

Помимо перечисленных основных экзогенных факторов риска, ведущих к формированию хронического эндобронхита (курение, воздействие летучих поллютантов и вирусно-бактериальная инфекция), в возникновении ХНБ имеют значение так называемые эндогенные факторы, к числу которых относятся:

- мужской пол;

- возраст старше 40 лет;

- заболевания носоглотки с нарушением дыхания через нос;

- изменение гемодинамики малого круга кровообращения, преимущественно в системе микроциркуляции (например, при хронической сердечной недостаточности);

- недостаточность Т-системы иммунитета и синтеза IgA;

- гиперреактивность слизистой оболочки бронхов;

- семейная склонность к бронхолегочным заболеваниям;

- нарушение функциональной активности альвеолярных макрофагов и нейтрофилов

Перечисленные «эндогенные» факторы риска, а возможно и некоторые другие «биологические дефекты», не относятся к числу обязательных (облигатных) механизмов возникновения эндобронхита, но являются важными предрасполагающими факторами, облегчающими патогенное воздействие на слизистую бронхов табачного дыма, летучих поллютантов и вирусно-бактериальной инфекции.

В зависимости от характера течения, выраженности патологического процесса в бронхах и особенностей клинической картины заболевания различают две основные формы хронического бронхита:

- Хронический простой (необструктивный) бронхит (ХНБ) — заболевание, характеризующееся поражением преимущественно проксимальных (крупных и средних) бронхов и относительно благоприятным клиническим течением и прогнозом. Основным клиническим проявлением ХНБ является постоянный или периодический кашель с отделением мокроты. Признаки невыраженной бронхиальной обструкции возникают лишь в периоды обострения или на самых поздних стадиях заболевания.

- Хронический обструктивный бронхит (ХОБ) — заболевание, характерное более глубокими дегенеративно-воспалительными и склеротическими изменениями не только проксимальных, но и дистальных отделов воздухоносных путей. Клиническое течение этой формы ХБ, как правило, неблагоприятное и характеризуется длительным кашлем, постепенно и неуклонно нарастающей одышкой, снижением толерантности к физической нагрузке. Иногда при ХОБ выявляются признаки локального поражения бронхов (бронхоэктазы, рубцовые изменения стенки бронхов, пневмосклероз).

Основной отличительный признак ХОБ — раннее поражение респираторных отделов легких, проявляющееся признаками дыхательной недостаточности, медленно прогрессирующей параллельно нарастанию степени бронхиальной обструкции (А.Н. Кокосов). Считается, что при ХОБ ежегодное снижение ЖЕЛ составляет более 50 мл в год, тогда как при ХНБ — менее 30 мл в год.

Таким образом, клиническая оценка больных хроническим бронхитом предполагает обязательное выделение двух основных форм заболевания. Кроме того, имеет значение диагностика фазы течения заболевания (обострение, ремиссия), характера воспаления слизистой бронхов (катаральное, слизисто-гнойное, гнойное), степени тяжести заболевания, наличия осложнений (дыхательная недостаточность, компенсированное или декомпенсированное хроническое легочное сердце и др.).

2.3. Классификация хронического бронхита

1. Форма хронического бронхита:

- простой (необструктивный);
- обструктивный.

2. Клинико-лабораторная и морфологическая характеристика: .

- катаральный;
- слизисто-гнойный или гнойный.

3. Фаза заболевания:

- обострение;
- клиническая ремиссия.

4. Степень тяжести:

- легкая — ОФВ1 больше 70%;
- средняя — ОФВ1 в пределах от 50 до 69%; .
- тяжелая — ОФВ1 меньше 50% от должной величины.

5. Осложнения хронического бронхита:

- эмфизема легких;
- дыхательная недостаточность (хроническая, острая, острая на фоне хронической);
- бронхоэктазы; .
- вторичная легочная артериальная гипертензия;
- легочное сердце (компенсированное и декомпенсированное).

В приведенной классификации учтены рекомендации Европейского респираторного общества, в которых степень тяжести хронического бронхита оценивают по величине снижения ОФВ₁ по сравнению с должными величинами. Следует различать также первичный хронический бронхит — самостоятельную нозологическую форму, и вторичный бронхит, как одно из проявлений (синдром) других заболеваний (например, туберкулеза). Кроме того, при формулировании диагноза ХБ в фазе обострения целесообразно указывать возможного возбудителя бронхолегочной инфекции, хотя в широкой клинической практике этот подход пока не получил распространения.

2.4 Клиническая картина

Клиническое течение ХНБ в большинстве случаев характеризуется длительными периодами стойкой клинической ремиссии и сравнительно редко возникающими обострениями заболевания (не чаще 1–2 раз в год).

Стадия ремиссии характеризуется скудной клинической симптоматикой. Большинство лиц, страдающих ХНБ, вообще не считают себя больными, а периодически возникающий кашель с мокротой объясняют привычкой к курению табака («кашель курильщика»). В эту фазу кашель, по сути, является единственным симптомом заболевания. Он чаще возникает по утрам, после сна и сопровождается умеренным отделением слизистой или слизисто-гнойной мокроты. Кашель в этих случаях является своеобразным защитным механизмом, позволяющим удалять избыток бронхиального секрета, скапливающегося за ночь в бронхах, и отражает уже имеющиеся у больного морфо-функциональные нарушения — гиперпродукцию бронхиального секрета и снижение эффективности мукоцилиарного транспорта. Иногда такой периодический кашель провоцируется вдыханием холодного воздуха, концентрированного табачного дыма или значительной физической нагрузкой.

Других симптомов в фазе стойкой клинической ремиссии обычно обнаружить не удастся. Работоспособность и физическая активность в быту больных ХНБ, как правило, полностью сохранены.

При объективном исследовании таких больных в фазе ремиссии видимых отклонений от нормы, за исключением жесткого дыхания, обычно не выявляется. Лишь изредка при аускультации легких можно обнаружить единичные сухие низкотоновые хрипы, особенно при форсированном выдохе. Хрипы весьма непостоянны и быстро исчезают после небольшого откашливания.

Фаза обострения отличается более яркой клинической симптоматикой. Обострения бронхита обычно провоцируют ОРВИ, часто во время эпидемий вирусной инфекции, к которой быстро присоединяется инфекция бактериальная. В других случаях провоцирующим фактором могут служить выраженное переохлаждение («простуда»), чрезмерное курение или воздействие на бронхи раздражающих веществ бытового или производственного характера, а также острый ларингит, фарингит, ангина или значительное физическое переутомление, оказывающие влияние на иммунную систему и общую сопротивляемость организма.

Характерна сезонность обострений, чаще возникающих поздней осенью или ранней весной, во время выраженных перепадов погодно-климатических факторов. При расспросе больного с обострением хронического необструктивного бронхита выявляют в основном три клинических признака:

- кашель с отделением мокроты;

- повышение температуры тела (необязательный признак);
- синдром интоксикации.

В большинстве случаев в клинической картине обострения на первый план выступает **кашель**, значительно более интенсивный и мучительный, чем в период ремиссии заболевания. Кашель беспокоит больного не только по утрам, но и в течение дня и особенно ночью, когда пациент занимает горизонтальное положение в постели, что способствует поступлению мокроты в более крупные бронхи и трахею, содержащие, как известно, большое количество кашлевых рецепторов.

Кашель чаще бывает продуктивным и сопровождается отделением слизисто-гнойной или гнойной мокроты, которая становится более вязкой и плохо отделяется. Тем не менее ее суточное количество существенно увеличивается по сравнению с фазой ремиссии.

Повышение температуры тела до субфебрильных цифр наблюдается довольно часто, но не всегда. Более высокая лихорадка характерна для обострений ХНБ, спровоцированных острой вирусной инфекцией.

Как правило, у пациентов с обострением ХНБ снижается работоспособность, появляется выраженная потливость, слабость, головная боль, миалгии. Особенно выражены симптомы интоксикации на фоне значительной лихорадки. Тем не менее следует помнить, что ухудшение общего состояния и отдельные симптомы интоксикации можно обнаружить даже у пациентов с нормальной температурой тела.

При объективном исследовании в большинстве случаев также выявляются весьма скудные изменения со стороны органов дыхания. Форма грудной клетки обычно не изменена. Перкуторно определяется ясный легочный звук, одинаковый над симметричными участками легких.

Наибольшее диагностическое значение имеют данные аускультации. Для больных с обострением хронического необструктивного бронхита наиболее характерно жесткое дыхание, выслушиваемое над всей поверхностью легких и обусловленное неравномерностью просвета и «шероховатостью» внутренней поверхности крупных и средних бронхов.

Как правило, выслушиваются также рассеянные сухие хрипы, чаще низкочастотные (басовые), что указывает на наличие в крупных и средних бронхах большого количества вязкой мокроты. Движение воздуха во время вдоха и выдоха вызывает низкочастотные колебания нитей и тяжелой вязкой мокроты, что и приводит к появлению длительных протяжных звуков — гудящих и жужжащих сухих хрипов, которые выслушиваются обычно в обе фазы дыхания. Особенностью басовых хрипов является их непостоянство: они то выслушиваются, то исчезают, особенно после откашливания. В отдельных случаях можно выслушать и влажные мелкопузырчатые или среднепузырчатые незвучные хрипы, что связано с появлением в просвете бронхов более жидкого секрета.

Следует подчеркнуть, что у сравнительно небольшой части больных ХНБ в период выраженного обострения могут выявляться отдельные симптомы бронхообструктивного синдрома, преимущественно за счет обратимого компонента обструкции — наличия в просвете бронха большого количества вязкой мокроты, а также умеренного спазма гладкой мускулатуры бронхов. Нередко такая ситуация возникает, когда обострение ХНБ спровоцировано острой респираторной вирусной инфекцией — гриппом, аденовирусной или РС-вирусной инфекцией. Клинически это выражается некоторым затруднением дыхания, возникающим при физической

нагрузке или в момент приступа малопродуктивного кашля. Нередко дыхательный дискомфорт возникает ночью, когда пациент принимает горизонтальное положение в постели. При этом аускультативно, на фоне жесткого дыхания начинают выслушиваться высокотональные (дискантовые) сухие хрипы (рис. 4.6). Лучше всего они выявляются во время быстрого форсированного выдоха. Этот прием помогает распознать даже скрытый синдром бронхиальной обструкции, иногда развивающийся у больных ХНБ в фазе обострения заболевания. После купирования обострения ХНБ признаки умеренной бронхообструкции полностью исчезают.

2.5 Лабораторная и инструментальная диагностика

Анализ крови

Катаральный эндобронхит обычно не сопровождается диагностически значимыми изменениями клинического анализа крови. Умеренный нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево и небольшим увеличением СОЭ, как правило, свидетельствуют об обострении гнойного эндобронхита. Диагностическое значение имеет определение содержания в сыворотке крови белков острой фазы (оц-антитрипсина, а 1-гликопротеида, аг-макроглобулина, гаптоглобулина, церулоплазмина, серомукоида, С-реактивного белка), а также общего белка и белковых фракций. Увеличение содержания острофазовых белков, аг- и (3-глобулинов свидетельствует об активности воспалительного процесса в бронхах.

Анализ мокроты

При невысокой активности воспаления в мокроте слизистого характера преобладают слущенные клетки бронхиального эпителия (около 4 0 -5 0 %). Количество нейтрофилов и альвеолярных макрофагов сравнительно невелико (от 25% до 30%)

При умеренной активности воспаления в содержимом бронхов, помимо клеток бронхиального эпителия, присутствует большое количество нейтрофилов (до 75%) и альвеолярных макрофагов. Мокрота, как правило, имеет слизисто-гнойный характер. Наконец, выраженное воспаление характеризуется наличием в бронхиальном содержимом большого количества нейтрофилов (около 85-95%), единичных альвеолярных макрофагов и дистрофически измененных клеток бронхиального эпителия. Мокрота при этом приобретает гнойный характер.

Рентгенологическое исследование

Значение рентгенологического исследования больных ХНБ в основном заключается в возможности исключить наличие других заболеваний, сходных по клиническим проявлениям (пневмонии, рака легких, туберкулеза и др.). Какие-либо специфические изменения, характерные для ХНБ, на рентгенограммах выявить не удастся. Легочный рисунок обычно мало изменен, легочные поля прозрачные, без очаговых теней.

Функция внешнего дыхания

Функция внешнего дыхания у больных ХНБ в большинстве случаев остается нормальной как в фазе ремиссии, так и в фазе обострения. Исключение составляет небольшая категория пациентов с ХНБ, у которых во время выраженного обострения заболевания можно выявить незначительное снижение О Ф В1 и других показателей по сравнению с должными величинами. Эти нарушения вентиляции легких являются преходящими и вызваны наличием вязкой мокроты в просвете дыхательных путей, а также гиперреактивностью бронхов и склонностью к

умеренному бронхоспазму, которые полностью купируются после стихания активности воспалительного процесса в бронхах. По мнению А.Н. Кокосова с соавт. (2002) и В.А. Савинова (1995), такие больные с функционально нестабильным бронхитом должны быть отнесены в группу риска, поскольку со временем у них гораздо чаще развиваются обструктивные нарушения вентиляции легких. Не исключено, что в основе описанной гиперреактивности бронхов и их функциональной дестабилизации в период обострения бронхита лежит персистирующая вирусная инфекция (грипп, РС-вирусная или аденовирусная инфекция).

Бронхоскопия

Необходимость проведения эндоскопического исследования у больных ХНБ может возникнуть в период выраженного обострения заболевания. Основным показанием для проведения бронхоскопии у больных ХНБ служит подозрение на наличие гнойного эндобронхита. В этих случаях оценивается состояние слизистой бронхов, характер и распространенность воспалительного процесса, наличие в просвете бронхов слизисто-гнойного или гнойного содержимого и т.д. Бронхоскопия показана также у больных с мучительным приступообразным кашлем, подобным кашлем, причиной которого может служить гипотоническая трахеобронхиальная дискинезия II -III степени, сопровождающаяся экспираторным коллапсом трахеи и крупных бронхов, что способствует развитию у небольшой части больных ХНБ обструктивных нарушений вентиляции и поддерживает гнойное воспаление бронхов.

2.6 Течение и прогноз

У больных ХНБ заболевание продолжается многие годы, практически всю жизнь, хотя в большинстве случаев оно не оказывает существенного влияния на качество жизни и работоспособность. Тем не менее следует учитывать, что пациенты с ХНБ особенно подвержены воздействию неблагоприятных погодных и профессиональных факторов, имеют повышенный риск возникновения острых респираторных вирусных инфекций, бактериальных и вирусно-бактериальных пневмоний.

Строгое выполнение ряда профилактических мероприятий, в первую очередь, прекращение курения, могут существенно улучшить течение заболевания, снизить частоту обострений ХНБ, возникновение бронхопневмоний и т.п.

Особенно пристального внимания требуют к себе пациенты с функционально нестабильным течением ХНБ, у которых наблюдаются относительно частые и затяжные обострения бронхита, сопровождающиеся преходящими явлениями умеренного бронхо-обструктивного синдрома. Именно эти больные имеют наиболее высокий риск трансформации ХНБ в хронический обструктивный бронхит, ведущий к развитию эмфиземы легких, пневмосклероза, прогрессирующей дыхательной недостаточности, легочной гипертензии и формированию легочного сердца.

ХНБ в большинстве случаев отличается сравнительно благоприятным течением. Тем не менее больные простым необструктивным бронхитом, по сравнению со здоровыми лицами, в большей степени подвержены влиянию неблагоприятных погодных-климатических условий, профессиональных и бытовых факторов, острых респираторных вирусных инфекций и возникновению бронхопневмоний.

В части случаев у больных с функционально нестабильным течением ХНБ, особенно у пациентов с гнойным эндобронхитом, со временем возможна трансформация заболевания в

ХОБ с прогрессированием бронхообструктивного синдрома, дыхательной недостаточности, возникновением легочной артериальной гипертензии и легочного сердца.

2.7 Лечение

Назначая лечение больным с обострением ХНБ, следует предусмотреть комплекс мероприятий, обеспечивающих:

- противовоспалительный эффект лечения; (см.лечение ОБ)
- восстановление дренажной функции бронхов; (см.лечение ОБ)
- снижение интоксикации; (см.лечение ОБ)
- борьбу с вирусной инфекцией. (см.лечение ОБ)

Заключение:

Одним из наиболее распространенных диагнозов, отмечаемых в практике врача-терапевта, является острый бронхит, и как его следствие при не адекватной терапии, или воздействии определенных факторов хронический необструктивный бронхит. Диагноз острого бронхита основывается на данных анамнеза и физикального исследования. Острый бронхит диагностируется у пациентов с острой респираторной инфекцией, манифестирующей преимущественно кашлем с/без продукции мокроты, длительностью до 3 недель, при отсутствии клинических или рентгенологических признаков пневмонии, при исключении инфекции верхних дыхательных путей, бронхиальной астмы или обострения хронического бронхита как причины кашля.

Принято считать, что хронический бронхит, в отличие от острого, следует диагностировать в тех случаях, когда его основные клинические проявления (кашель и отделение мокроты) сохраняются, по крайней мере, 3 месяца в году не менее 2-х лет подряд.

В 85–95% случаев бронхит имеет вирусную этиологию. Причиной бронхита также могут быть *M. pneumoniae*, *C. pneumoniae*, *B. pertussis* и *B. parapertussis*. Поскольку этиологическим фактором бронхита в большинстве случаев является вирусная инфекция, обычно требуется назначение противовирусных препаратов+ симптоматическая терапия. В случаях, если кашель вызывает существенный дискомфорт, и при условии, что подавление защитного механизма очищения дыхательных путей не препятствует выздоровлению, применяется противокашлевая терапия. Выбор противокашлевого препарата должен проводиться индивидуально с учетом механизма действия и противокашлевой активности препарата с учетом критерия польза/риск. Бронхит- одно из заболеваний, антибиотикотерапии при котором назначается чаще всего нерационально.

Список литературы

1. Белоусов, Петров, Кулес: Клиническая фармакология: национальное руководство, ГЭОТАР-Медиа, 2012 г. Глава 22, ст 748
2. Мухин, Моисеев: Пропедевтика внутренних болезней. ГЭОТАР-Медиа, 2017г. Глава 5 ст 147
3. Маколкин, Сулимов, Овчаренко: Внутренние болезни. Учебник . ГЭОТАР-Медиа, 2017 Глава 1, ст 17
4. Чучалин, Авдеев, Абросимов: Пульмонология. Национальное руководство. Краткое издание ГЭОТАР-Медиа, 2016 г. Глава 4 108, Глава 5 ст 119 , Глава 6 ст 143
5. Чучалин, Абросимов: Кашель ГЭОТАР-Медиа, 2016 г.
6. Остапенко, Ахмедов, Баженов: Клинико-фармакологические основы современной пульмонологии Бином. Лаборатория знаний, 2015 г. Глава 3, ст 23
7. Утешев Д.Б. (2010) Ведение больных с острым бронхитом в амбулаторной практике. Русский медицинский журнал (РМЖ), 18(2): 60–64.
8. Заболевания бронхов и легких. Справочник. Ремедиум, 2009 г.
9. Научно-практическое издание /Клинические рекомендации. /Пульмонология Под редакцией А.Г. Чучалина /Острый бронхит ст 129